**Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Mongaguá**

**Diretoria Municipal de Saúde/Epidemiologia e Vigilância Sanitária**

**Processo Seletivo – PS - Edital Nº 02/2021**

**AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS**

**ANEXO IV**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**Número de Inscrição**

1. **Dados do candidato (campo a ser preenchido pelo Responsável no Posto de Inscrição)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO:** |  | |
| **RG............................................**  **(Anexar cópia de documento de identidade, oficial, com foto)** | Data de nascimento: ....../...../....... | |
| **ENDEREÇO:** | RUA Nº BAIRRO: | |
| CIDADE CEP: Telefone: | |
| **E-MAIL:** |  | |
| **PORTADOR DE SIM DEFICIÊNCIA**  **NÃO** | Tipo deficiência ...........................................................    Necessita de condições especiais para realizar as provas (Especificar).....................................................................................................................  **(Se necessitar de condição especial, anexar parecer de médico especialista)** | |
| **Se é portador de deficiência**  **Assinale com X se tem interesse em concorrer às vagas destinadas aos Portadores de Deficiência**  **(ler atentamente Itens 2 a 3 do Edital)** | | **SIM**  **NÃO** |

**2- Tipo de Inscrição**

**A OPÇÃO** MARQUE COM (X) NA DE INSCRIÇÃO DESEJADO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1** |  | **AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS** |   Declaro ser habilitado, para o tipo de inscrição efetuada neste requerimento, de acordo com as exigências de escolaridade mínima, do Anexo I e Habilitação Específica, de acordo com Quadro de Perfil, Competências e Atribuições do Anexo II.  Declaro ter pleno conhecimento das exigências e condições do Edital do Processo Seletivo nº 02/2021, para a função de Agente de Controle de Endemias, da Diretoria da Saúde Pública e aceitar todas as condições e normas nele estabelecidas.  ....... . /....../2021  . --------------------------------------------------------  **ASSINATURA DO CANDIDATO**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Entrega da doação (ou comprovante de isenção) devidamente entregue.**  **SIM**    **NÃO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ISENTO** Assinatura do responsável Posto de Inscrição  Obs. Se isento de Taxa de Inscrição anexar comprovante de isenção. |  |  |